

PSYCHOSES GÉNITALES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TROUBLES MENTAUX

Dépendants des Affections Utérines

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Mars 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RENÉ SERRIGNY

Né le 17 Mars 1869, à Seurre (Côte-d'Or)

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon (1892-1894)

Ex-Interne Pré des Hôpitaux de la même ville (1894-1895)

Interne à l'Asile d'aliénés de Bron (Rhône) (1896)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1896

PSYCHOSES GÉNITALES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TROUBLES MENTAUX

Dépendants des Affections Utérines

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Mars 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RENÉ SERRIGNY

Né le 17 Mars 1869, à Seurre (Côte-d'Or)

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon (1892-1894)

Ex-Interne Pré des Hôpitaux de la même ville (1894-1895)

Interne à l'Asile d'aliénés de Bron (Rhône) (1896)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie Générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. WEILL,	agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. POLLOSSON (Aug.)	MM. BOYER.	MM. DOYON.
CONDAMIN.	ROCHET.	CURTILLET.	BARRAL.
COURMONT.	ROLLET	VALLAS.	MOREAU.
DEVIC.	ROQUE.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
DIDELOT.	ROUX.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
GANGOLPHE	COLLET		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PIERRET, Président; M. BONDET, Assesseur; MM. ROQUE et DEVIC, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES MAÎTRES

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545913_0025

INTRODUCTION

Le temps est loin où l'utérus était regardé par l'antiquité comme un animal malfaisant placé dans le corps de la femme et pouvant y occasionner une foule de maladies !

Depuis cette époque, enfance de la médecine, que d'idées nouvelles ont vu le jour ! A mesure que l'anatomie normale du corps humain était mieux connue, la clinique faisait un pas énorme, éclairée de plus en plus par l'anatomie pathologique. Les conditions étiologiques elles-mêmes furent recherchées avec plus d'exactitude, et aux véritables effets l'on donna leur cause réelle.

Mais parmi les différents facteurs qui peuvent engendrer une même maladie, s'il en est de bien évidents, il en est d'autres qui peuvent rester dans l'ombre. Et ce n'est souvent que par un examen minutieux qu'il est permis au clinicien de les déceler. Telle raison qui de prime abord avait semblé très insignifiante et avait, comme telle, été

laissée de côté, reprenait, après examen attentif, toute sa valeur et apparaissait comme cause évidente de l'affection.

C'est surtout dans les maladies du système nerveux que nous retrouvons cette diversité de causes. Même dans l'état actuel de la science, il est certaines affections dont la symptomatologie, la marche, les lésions microscopiques sont bien connues, mais pour lesquelles on est encore réduit à des hypothèses quand il s'agit de dire pourquoi.

Souvent on se borne aux considérations suivantes : prédisposition, chagrins, émotions, ou encore infection, intoxication, etc.

Si nous abordons l'aliénation mentale dont le champ est si vaste, nous sommes souvent bien incapables de dire pourquoi un homme est fou.

Quoi d'étonnant ? Pouvons-nous davantage résoudre ce problème : Qu'est-ce que la folie ?

Nombreux ceux qui l'ont tenté ; plus nombreux encore les ouvrages que cette simple question a fait écrire, sans qu'un pas de plus ait été franchi.

Si l'on doit voir dans « le fou un homme qui a perdu la raison » (Littre), que faut-il entendre par raison ? La mesure-t-on ? la pèse-t-on ? Quel sera alors son critérium, son système métrique ?

Rappelons cependant que, au point de vue de la pathogénie des psychoses, deux grandes écoles sont en présence. Au début de ce siècle, spiritualistes et somatiques ont écrit à l'appui de leurs théories d'innombrables volumes,

chacun revendiquant pour soi ou son parti les palmes d'une victoire qu'il croyait indiscutable.

Bien imaginaire cependant cette victoire ! Car si chacun a pu apporter à l'appui de sa théorie des preuves évidentes, la conclusion à tirer de toutes ces querelles savantes, c'est que les causes sont multiples et les formes nombreuses : « il n'y a pas des maladies, mais des malades. »

Pourquoi vouloir toujours faire des divisions où la nature n'a rien séparé ; pourquoi ne pas admettre la plupart du temps une théorie éclectique qui concilie tout ?

Si parfois nous devons reconnaître que les spiritualistes (et encore ne sont-ils pas d'accord entre eux) ont raison, souvent aussi le physique a une action manifeste sur le moral. Quelques spiritualistes sont de cet avis. Ideler entre autres admet volontiers la coexistence de troubles organiques avec la folie. N'est-ce pas là faire une concession à ses adversaires et reconnaître que parfois les psychoses sont secondaires, indirectes ?

Les liens intimes qui unissent entre eux tous les viscères, et les viscères au système nerveux, n'ont échappé à personne. Denos jours, ce fait d'observation a été corroboré par toutes les recherches sur les actes réflexes.

Or le cerveau est celui de nos viscères qui est relié aux autres de la façon la plus intime et la plus nécessaire. Il peut modifier leur fonctionnement. Pourquoi la pensée ne serait-elle pas atteinte à la suite de l'altération de l'un de

nos organes et surtout de ceux qui président à la conservation de l'espèce?

Chez la femme, les dominantes sont d'une part la vie génitale, et de l'autre un développement excessif des réactions nerveuses. Que les organes générateurs, l'utérus principalement, viennent à être atteints, le retentissement sur l'appareil nerveux se fera de différentes façons. Chez une prédisposée, le mécanisme de la pensée peut en être troublé.

C'est ce que nous essaierons de démontrer dans le cours de ce travail.

Laissant de côté les tumeurs utérines, nous nous bornerons aux déplacements de cet organe et à ses diverses modifications inflammatoires, indépendamment de la cause qui les aura produites. Ce n'est pas à dire que les tumeurs ne puissent agir dans le même sens : l'effet est le même. Mais cette élimination n'a qu'un but : limiter notre sujet.

Guidé dans ce travail par notre maître en aliénation mentale M. le professeur Pierret, nous tenons à le remercier hautement de l'honneur qu'il nous a fait en nous confiant ce sujet et en acceptant la présidence de notre thèse. C'est grâce à ses conseils et à sa bibliothèque qu'il a mise gracieusement à notre disposition que nous avons pu le mener à bonne fin. Qu'il soit donc assuré de notre profonde gratitude.

Envers M. le D^r Lannois, notre dette de reconnaissance est infinie. Dès le début de nos études médicales, il n'a

pas craint de nous témoigner la plus vive sympathie, de nous guider dans les commencements, jusqu'au jour où, devenu son interne pendant un semestre presque entier, nous avons pu apprécier à leur juste valeur les hautes qualités cliniques de ce cher maître.

De tous nos professeurs de la faculté et des hôpitaux nous emporterons le meilleur souvenir. Adressons en particulier nos hommages et nos remerciements à M. le professeur Gayet, à MM. Gangolphe, Vallas, A. Pollosson, Rochet, chirurgiens des hôpitaux, Carrier, H. Mollière, Chappet, Devic, médecins, et Tournier, chef de clinique médicale. Pendant notre passage dans leurs services, soit comme externe, soit comme interne provisoire, nous n'avons eu qu'à nous louer de leur bienveillance, et nous nous souviendrons de leurs conseils pendant notre carrière médicale.

La mort vient d'arracher à notre reconnaissance le Dr Levrat, chirurgien-major de la Charité. A deux reprises, comme externe, puis comme interne, nous avons pu apprécier combien ce maître était bon et dévoué à ses élèves. L'un de nos regrets sera de n'avoir pu l'assister pendant les derniers jours de sa vie.

A MM. Brun et Rousset, médecins à l'asile de Bron, nous adressons un remerciement particulier pour les excellentes leçons qu'ils nous ont prodiguées en aliénation.

Que MM. Martel, chef de clinique chirurgicale, et Barjon, interne des hôpitaux, soient assurés de notre sympa-

thie pour le zèle qu'ils nous ont montré en nous poussant à la dure préparation de l'externat et de l'internat, et pour l'amitié qu'ils nous ont toujours témoignée.

Enfin un dernier hommage à mes amis et collègues de Bron : D^r Toy, chef de clinique, Audemard, D^r Papillon et Picard, mon camarade de promotion.

PSYCHOSES GÉNITALES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TROUBLES MENTAUX

Dépendants des Affections utérines

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Bon nombre d'auteurs se sont occupés des relations qui pouvaient exister entre les affections utérines et l'aliénation mentale. Mais il s'en faut que tous soient du même avis.

Les uns, vrais fanatiques, affirment hautement ces rapports. D'autres au contraire se montrent absolument sceptiques. Un certain nombre enfin, sans cependant oser trop affirmer leur opinion, laissent planer un vague doute sur cette question.

Et d'abord passons en revue ceux qui ne veulent pas admettre qu'une lésion utérine puisse à un moment donné avoir une certaine influence sur les troubles de la raison.

Pour les spiritualistes allemands, la folie ne peut relever d'aucune lésion somatique. Actuellement, parmi les continuateurs de cette école, nous trouvons Ripping qui, dans un mémoire publié en 1883, émet une opinion bien caté-

gorique¹. Le relevé de 103 autopsies faites en 10 ans à l'asile de Siegburg lui a révélé 53 cas de lésions génitales (utérus ou annexes). « Et cependant, dit-il, jamais l'examen clinique n'a relevé la moindre relation de cause à effet. Malgré l'importance de la vie sexuelle chez la femme, la psychose dépend aussi bien que la lésion génitale d'une dystrophie générale, et toutes les malades sont des prédisposées. Jamais la folie n'a pu être produite par sympathie de la lésion utérine sur le cerveau. Du reste la guérison de l'affection locale n'a aucune influence sur la psychopathie. »

Hasse², peu après, soutint la même idée. Il est vrai qu'il envisage plutôt les fonctions sexuelles que les affections pathologiques des organes générateurs. Il va cependant un peu loin quand il dit : « Le traitement a parfois augmenté certaines psychoses. »

En France, les adversaires de la folie sympathique d'origine génitale ont trouvé dans Georget (*De la Folie*) un ardent défenseur. Pour lui, le cerveau est toujours dérangé le premier ; les troubles des autres fonctions sont sympathiques de l'affection cérébrale.

Boussi³ de son côté nie qu'une affection utérine quelconque puisse, à part les névralgies iléo-lombaires, provoquer aucun phénomène nerveux ; ceux ci sont toujours antérieurs à la lésion génitale ou en sont les contemporains.

En regard de ces auteurs viennent se placer ceux pour

¹ Voir *Archives de Neurologie*, 1883, tome V, page 371.

² Voir *Archives de neurologie*, 1886, tome XI, page 99.

³ Boussi, *Etude sur les troubles nerveux réflexes observés dans les maladies utérines*, Thèse, Paris, 1880.

qui les affections utérines sont prépondérantes et peuvent à un moment donné occasionner des psychoses.

C'est aux temps les plus anciens de l'histoire médicale qu'il faut nous reporter si nous voulons les énumérer tous. Une telle étude, on le conçoit, est impossible, aussi ne citerons-nous que les principaux.

Hippocrate et ses disciples voient dans l'utérus le point de départ d'une foule de maux : « *Ut nempe omnium causa morborum qui mulieres infestant.* » Le premier il signale dans la dysménorrhée un délire particulier, caractérisé par des visions diverses, des terreurs et de la tendance au suicide ou à l'homicide, en un mot de la mélancolie et des hallucinations.

Pour Arétée et Platon, « *Uterus animal in animali* ». C'est un être vivant, ayant ses goûts, ses préférences, ses mœurs et ses passions.

Avec de telles idées, la thérapeutique des affections utérines devait être un peu particulière. L'histoire nous apprend en effet que les médecins de l'antiquité les traitaient par des parfums, des remèdes agréables au goût, etc.

Cette théorie persista telle jusqu'au XVIII^e siècle, perpétuée par Galien, les médecins arabes et leur école.

A cette époque, Van Helmont et Dreyssyg reconnaissent la fréquence des lésions de l'utérus et de ses annexes chez certaines aliénées, en particulier « chez les femmes qu'un désir immodéré des jouissances sexuelles a jetées dans l'aliénation ».

Dans notre siècle, Belhomme¹ prétendit vouloir trouver

¹ Belhomme, *Recherches sur la localisation de la folie*, Paris, 1836.

dans les organes la cause et la localisation de la folie. Prenant pour base certaines maladies utérines, il décrit un genre d'aliénation due à la réaction sympathique de la sphère génitale sur le cerveau : la névropathie cérébro-utérine.

Lisfranc ¹ insista sur cette idée et montra que certaines affections génitales pouvaient retentir assez sur le système nerveux pour donner de la chorée, des paralysies et des psychoses.

Reil, Mauriceau, Sauvage, Tissot, Nonat et bien d'autres sont du même avis. « L'utérus est le régulateur de la santé de la femme. »

Enfin toutes ces théories, disséminées de part et d'autre, amènent Loiseau à faire de cette question le sujet de sa thèse inaugurale ². « Il existe, dit-il, une relation intime entre les affections génitales et les psychoses. Elles aboutissent à une forme particulière, la folie religieuse qui souvent alterne avec l'érotomanie ou lui est réunie. Cela tiendrait-il à ce que beaucoup de personnes cherchent dans la religion la consolation d'un amour malheureux ou non satisfait ? » Enfin il ajoute les idées de suicide et d'homicide.

Cette thèse suscita une violente discussion à la société médico-psychologique. Azam ³ prit fait et cause pour Loiseau et apporta comme preuve une quarantaine d'observations.

¹ Lisfranc, *Cliniques chirurgicales de la Pitié*

² Loiseau, *Folie sympathique*, thèse, Paris, 1856.

³ Azam, *De la folie sympathique provoquée ou entretenue par les lésions organiques de l'utérus et de ses annexes*, Bordeaux, 1858.

Citons encore pour mémoire l'opinion de Morel¹, les thèses de Lhomond² et de Petit³, écrites dans le même ordre d'idées.

De Fourcauld, dans une revue générale⁴ vint apporter le contingent de ses recherches. Malheureusement il exagéra la fréquence des affections génitales comme cause d'aliénation et étendit trop le cadre de la folie. Bon nombre de ses malades ne sont que de simples nerveuses.

Boyé⁵ admettait également que les « maladies des organes génitaux s'observent fréquemment chez les aliénées et que ces affections sont souvent la cause principale de la folie ».

C'est à cette époque que la théorie sympathique fut fortement attaquée par Boussi⁶.

Cet auteur admet bien qu'une maladie générale : alcoolisme, épilepsie, dothiéntérie, puisse par ses manifestations cérébrales amener une psychose ; « mais qu'une affection locale produise la folie sympathique, c'est peu probable. Une affection locale produit l'hypocondrie, non par elle-même, mais d'une manière indirecte, par les préoccupations morales dépressives, et voilà tout ». Les observations citées par de Fourcauld sont incomplètes,

¹ Morel, *Traité des maladies mentales*.

² Lhomond, *Folie sympathique*, thèse, Montpellier, 1862.

³ Petit, *De la Folie utérine*, thèse Paris, 1870.

⁴ De Fourcauld, *Etude sur les troubles du système nerveux central consécutifs aux affections diverses de l'appareil utéro-ovarien (Annales de gynécologie, 1879-1880)*.

⁵ Boyé, *Etude clinique sur les rapports des troubles génitaux avec la folie chez la femme*, thèse Montpellier, 1880.

⁶ Boussi, *Loc. cit.*

ajoute-t-il, au point de vue des antécédents héréditaires et personnels, physiologiques ou pathologiques. Il s'est efforcé de réunir les coïncidences de folies et de maladies utérines ; on pourrait tout aussi bien soutenir le contraire : que l'affection utérine et la folie ne sont que deux manifestations d'une même diathèse : le résultat du traitement le prouverait. »

Entre ces deux partis extrêmes viennent se ranger les auteurs qui, tout en admettant qu'une lésion génitale puisse déterminer une psychopathie, semblent cependant reléguer la cause locale à une certaine distance

Pour Esquirol ¹, la folie ne siège pas toujours dans le cerveau, et certains foyers de sensibilité peuvent l'engendrer, entre autres les lésions génitales. Mais alors elles n'ont d'action que sur le délire.

Baillarger est encore plus sceptique.

Griesinger cherche à montrer que les affections utérines amènent la folie par exagération de l'hystérie qu'elles occasionnent.

Hergt, d'Illenau, publie en 1872 un ouvrage sur les rapports des maladies des femmes et les troubles intellectuels. Il reconnaît la fréquence des affections utérines et le peu de rapports en général qu'il peut y avoir entre ces lésions et l'aliénation. Cependant, dans certains cas, chez les aliénées, les affections génitales peuvent retentir plus ou moins sur le système nerveux et imprimer au délire des caractères particuliers.

Guislain, tout en admettant la possibilité d'une telle étiologie, dit qu'on « ne doit pas accepter une opinion ex-

¹ Esquirol, *Traité des maladies mentales*.

trême et accorder une part trop forte à l'instinct de la vie organique dans le développement des maladies mentales ».

La question en était là, hésitante et indécise, quand Mairét entreprit sur ce sujet une critique judicieuse¹. Le professeur de Montpellier, dont il nous a été impossible de ne pas nous inspirer, place la question à son véritable point de vue, scrute les observations anciennes, en rejette un bon nombre, en apporte de nouvelles et tire les conclusions qui en émanent naturellement.

Après lui, peu de choses ont été ajoutées sur ce sujet. Citons cependant la thèse de Chastenet publiée sous l'inspiration du professeur Ball².

Voilà donc ce que nous apprend l'histoire médicale. Pour les uns, l'utérus est tout, et peut, s'il est malade, provoquer d'emblée et à lui seul une psychose. Pour d'autres une telle action est absolument impossible. Enfin un certain nombre reconnaissent que les lésions génitales peuvent secondairement entraîner chez une prédisposée un trouble tel que folie s'ensuit.

¹ Mairét, *Rapports entre les lésions de la sphère génitale et l'aliénation*. (Montpellier médical, 1880-81-82).

² Chastenet, *Folie sympathique*, Paris, 1892.

CHAPITRE II

Influence de l'Utérus sur l'Organisme.

« *Ob propter solum uterum tota mulier condita est* »
écrivait Van Helmont au XVIII^e siècle.

Il suffit pour s'en convaincre de passer en revue la vie de la femme. « Entreprendre d'exposer les phénomènes qui dépendent de l'action physiologique de la matrice, dit Matthieu, ce serait vouloir faire l'histoire entière du sexe féminin. »

Suivons l'existence d'une femme depuis son enfance jusqu'à sa vieillesse, en examinant rapidement les phénomènes qui se passent en elle. Nous laisserons de côté les modifications que l'âge imprime au corps pour ne nous occuper que du moral et du psychique.

Jusqu'à huit ou neuf ans, la petite fille partage les jeux, les occupations des garçons du même âge : même pétulance, même vivacité, mêmes chagrins : ce sont des enfants, mot qui résume tout. Cela est d'autant plus vrai que l'on envisage les classes ordinaires de la société, car

l'éducation arrive rapidement à modifier le caractère des filles.

A mesure qu'elle grandit, la jeune fille subit des modifications de caractère très importantes. Elle devient plus soucieuse de sa toilette, de son maintien, de l'impression qu'elle produit autour d'elle ; ses occupations changent ; elle s'exerce à la conversation, s'attache déjà aux soins du ménage, etc., en un mot, elle se prépare au rôle que la nature lui destine. (Cabanis.)

En même temps, par une pudeur instinctive, elle ne prend plus aucune part aux jeux de ses anciens compagnons d'enfance.

Enfin le corps formé est tout préparé pour la grande fonction qui va s'établir et dominer la vie de la femme.

Au moment de la première apparition des règles, les changements du caractère sont manifestes. Légers et souvent peu ressentis par les femmes robustes, ils ne se traduisent que par une modification insensible des goûts, une transformation légère des idées ; de nouveaux sentiments apparaissent ou s'accroissent, telles que affectivité, tendance aux idées religieuses, etc.

Chez d'autres, plus délicates, on observe tantôt une légère propension à la tristesse, un ennui général, un désir de la solitude, parfois de l'inquiétude. Que cet état vienne à s'accroître et, ces femmes, poussées par des idées de suicide, par un délire mélancolique, réalisent le type de de l'Hébéphrénie.

Mais sans aller si loin, d'une façon générale, toutes les femmes montrent de la bizarrerie de caractère, une sensibilité extrême, de la surexcitation qui se traduisent au dehors de mille et mille façons. « Il y a quelque chose de

plus animé dans leur physionomie, de plus brillant dans leur langage, de plus bizarre et de plus capricieux dans leurs penchants¹. »

Tout cela n'est que passager et ne tarde pas à disparaître. Il est vrai qu'à chaque période menstruelle ces troubles peuvent réapparaître. On voit les femmes changer d'humeur, devenir moroses, susceptibles, irritables ou capricieuses, bruyantes et loquaces; la moindre cause de vexations qui ne les aurait pas atteinte en tout autre occasion les affecte alors beaucoup.

En outre, si la menstruation est difficile à établir, si, une fois établie, il survient de l'aménorrhée ou de la dysménorrhée; si d'autre part la femme est incapable de résister, ces troubles légers de la raison peuvent s'aggraver et aller à la folie.

Chez les femmes déjà aliénées, à chaque période, l'état psychique empire. Rarement il y a rémission.

Les cas de folie placée sous la dépendance de la menstruation sont trop nombreux et trop connus pour que nous insistions davantage. Rappelons qu'Esquirol a trouvé cette cause :

55 fois sur 426 aliénées à la Salpêtrière.

19 fois sur 264 aliénées à la Maison Esquirol.

Bierre de Boismont, Bouschet, Jacobi, Loiseau, Azam et bien d'autres en ont cité de nombreux cas.

N'a-t-on pas vu également la psychose apparaître après un premier rapport sexuel, le lendemain d'un mariage par exemple ? (*Esquirol, Burrows.*)

¹ Cabanis, *Rapports du physique et du moral chez l'homme.*

Pendant la grossesse, la sensibilité utérine est portée à son maximum ; d'autre part, de nouveaux sentiments s'éveillent chez la femme ; enfin toutes les grandes fonctions : nutrition, circulation, sécrétions, excrétions sont profondément modifiées ; toutes conditions qui la mettent dans un état d'infériorité et la rendent incapable de résister.

La puerpéralité, la lactation agissent de même¹.

Enfin, après une période de trente années, la vie génitale tend à disparaître chez la femme. Celles qui jusque-là avaient été entourées, considérées, voient avec terreur la vieillesse arriver. Avec elle, le changement de vie est complet ; le vide se fait progressivement autour d'elles, en un mot « elles se voient descendre du piédestal où les avaient placées la naissance et la beauté ». « C'est là, dit Ball, une des causes les plus importantes de la folie. » D'après Esquirol, 27 femmes sur 426 aliénées de la Salpêtrière, et 11 sur 264 à la maison Esquirol étaient à la ménopause.

Heureuses alors sont les mères ! Mais celles qui n'ont pu placer leurs espérances dans leur famille, à qui la nature a refusé ou retiré des enfants, enlevé leur époux, alors celles-là sont vouées à la tristesse et à la solitude. De là un affaiblissement nerveux, un agacement et une irritation continuels qui chez les prédisposées ne sauraient aller bien loin.

D'autre part à cet âge, l'organisme a été fortement ébranlé par les soucis et les chagrins, miné par les mala-

¹ Voir à ce sujet : Marcé, *Influence de la grossesse et de l'accouchement sur l'aliénation mentale (Annales médico-psychol., XXXI)*, et Esquirol, *De l'aliénation des nouvelles accouchées et des nourrices*.

dies, affaibli par les grossesses, les lactations, etc. Aussi ne doit-on pas s'étonner que les statistiques accusent à cet âge la proportion la plus forte d'aliénées.

Nous venons de voir quelle influence pouvait avoir l'utérus. Au fond c'est l'ovaire qui agit, au point de vue physiologique du moins. C'est cette glande qui donne à la femme son sexe, de même que le testicule donne le sien à l'homme. Les rapports intimes qui réunissent ces deux organes font que souvent on les confond quand on parle de leurs fonctions régulières ou troublées. Mais si, en somme, c'est l'ovaire qui règle la fonction, c'est l'utérus qui au point de vue pathologique est le plus souvent atteint et atteint le premier.

Si tel est le retentissement de l'utérus et de ses fonctions sur l'organisme féminin, on doit, à fortiori, s'attendre à ce que une fois malade, les troubles soient plus faciles et plus fréquents.

Nombreux sont en effet les troubles observés dans les viscères à la suite d'affections utérines : le cerveau n'y échappera pas.

CHAPITRE III

Des Métrites chez les aliénées.

Avant d'étudier les effets que peuvent produire les affections génitales sur la raison, considérons d'abord quelle est la fréquence de telles lésions chez les aliénées.

Quelques statistiques sont ici indispensables.

Malheureusement de tous les auteurs qui ont traité la question, bien peu s'y sont attachés d'une façon sérieuse.

La raison en est simple. La plupart du temps, dans les asiles, on néglige l'examen des organes génitaux. Cette recherche n'est pratiquée que quand l'affection est par trop évidente et se manifeste par des signes non douteux, ou quand la malade attire elle-même l'attention du médecin de ce côté. Souvent même l'affection ne se révèle que par des troubles vagues ; la malade ne se plaint pas, soit par insouciance, soit par suite de la diminution de ses sensations ; ou les renseignements qu'elle donne quand on l'interroge trompent les recherches du psychiatre par suite du délire, des hallucinations.

De plus il existe des difficultés telles que l'on doit souvent renoncer à tout examen, alors même que tout annonce l'existence d'une affection génitale.

Il en résulte que toute statistique qui voudrait être rigoureusement exacte est à peu près impossible ; souvent on ne peut en établir aucune, même approximative, pendant la vie.

A l'autopsie, quand celle-ci est possible, on en est encore parfois réduit à des conjectures.

Rappelons que de cette façon Ripping a trouvé, sur 103 autopsies, 53 cas de lésions génitales.

Wiglesworth¹ relate dans le *Journal of Mental science* une statistique portant sur 109 autopsies et 65 malades anesthésiées.

Sur les 109 malades examinées *post mortem*, il a trouvé 67 lésions. 27 cas n'offraient aucun rapport avec l'affection mentale.

Les 45 autres cas se répartissent ainsi pour l'utérus :

Déplacements	11
Tumeurs.	7
Lésions diverses	7
Annexes et péritoine	15

Sur les 65 examens faits pendant la vie, 4 cas étaient congénitaux. Il reste 26 cas d'affections acquises qui nous donnent :

Déplacements	14
Ulcérations	6

¹ Wiglesworth, On uterine Disease and Insanity (*Journ. of ment. sc.*, janvier 1885).

Tumeurs	2
Annexes.	4

En somme, d'après cette statistique, nous trouvons 1 cas d'affection utérine sur 3 femmes¹.

Ce résultat suffit pour nous convaincre que les aliénées ne sont pas plus à l'abri des lésions génitales que les femmes saines.

On sait que chez celles-ci ce genre de maladies est d'une fréquence extrême. Sans crainte d'être taxé d'exagération, nous pouvons dire, à la suite de gynécologues compétents, que la proportion de femmes malades est d'1 pour 4 environ.

Les aliénées n'échapperont pas à cette loi. Avant d'être internées, ces femmes ont vécu de la vie générale. Beaucoup, déjà atteintes au point de vue mental, se sont laissé aller à la débauche. Puis, une fois la psychose nettement déclarée, il est impossible d'admettre que celle-ci ait pu arrêter une affection organique bien établie. Ajoutons à cela que les aliénées, exposées à mille souillures, ne prenant aucun soin, insouciantes de la propreté la plus élémentaire semblent encore plus prédisposées que les femmes saines d'esprit à contracter une affection génitale.

Toutes ces raisons nous expliquent pourquoi, dans les asiles, les métrites, déplacements, et autres affections utérines sont aussi fréquentes, sinon plus que dans la vie privée.

¹ Rappelons également que le Dr Clara Barrus (Amérique) a trouvé sur 100 aliénés 60 cas d'affections génito-urinaires alors que 3 seulement connaissaient leur maladie et s'en plaignaient. Voir à ce sujet : *Archives de neurologie*, février 1896.

Il est à remarquer que, dans les statistiques, les auteurs signalent à peine quel genre d'affections génitales ils ont rencontré chez leurs malades. Peut-être serait-il plus intéressant de compléter ces chiffres arides en y ajoutant les antécédents des malades, leur âge, la forme de la psychose placée sous la dépendance de la lésion génitale, enfin le résultat du traitement local sur l'état mental.

C'est ce que nous essaierons de faire dans le tableau suivant qui, en somme, résume les principales observations que nous avons pu recueillir dans nos prédécesseurs, nous attachant, bien entendu, aux métrites seules et aux déplacements utérins.

AGE	ANTÉCÉDENTS ¹	AFFECTION UTÉRINE	FORME D'ALIÉNATION	INFL. DU TRAIT.
30 ²	Spectacle d'exécut. capit., nervosisme.	Ulcérat. et granulat.	Lypémanie, suicide.	Guérison.
?	3 grossesses.	—	Lypémanie simple.	—
34	Pas d'antécédents.	—	Lyp., suic. et hom., idées religieuses.	—
21	Plusieurs grossesses.	—	Lyp., suic., halluc.	—
30	H. inconnue.	Mérite chronique.	Lypémanie, suicide.	Mort.
29	—	Ulcération.	Lypémanie.	Ramollissement.
30	—	Catarrhe, ulcération.	Lypémanie suicide.	Suicide.
31	—	Ulcération.	Lypéman. religieuse.	Mort.
29	Imbecillité.	—	—	Apoplexie.
40	Ant. ?	—	Délire général.	Mort.
30	?	—	Lypémanie.	Incurable.
25	?	Catarrhe utérin.	Lypémanie suicide.	Apoplexie.
36	4 avortements.	Ulcérat. antéversion	Lypémanie délire.	Guérison.
49	Accès ant. Exécution.	Prolapsus métrite.	Démonopathie.	—
38 ³	3 grossesses.	Métrite.	Lypémanie simple.	—
39	Pas d'antéc. connu.	Ulcérat. catarrhe.	Mélang., suic., halluc.	—
39	—	Ulcération du col.	Lypémanie suicide.	—
42	—	—	Lypémanie simple.	—
25	—	—	—	—
27	Impaludisme.	—	Lypémanie hallucin.	—
27	Pas d'ant. (vierge).	Ulcérat. catarrhe.	Mélangolie.	—
25	1 grossesse.	Ulcérat. abaissem.	—	—
46	Pas d'antéc. connu.	Catarrhe.	Mélang., ref. d'alim.	—
52	Ménopause.	Prolapsus catarrhe.	Mélangolie simple.	?
32	Pas d'antéc. connu.	Abaissement.	Mélangolie manie.	»
35	—	Abais. et ulcérat.	Lypémanie.	»
35	—	—	—	»
28	—	—	Lypémanie suicide.	»
30 ⁴	5 accouchements.	Métrite.	Manie, érotisme.	Guérison.
28	Grossesse émotion.	Métrite hémorrag.	Délire, érot., halluc.	—
—	—	Ulcération.	—	—
28 ⁵	Grossesse.	Ulcérat. antéversion	Délire.	—
28	Nervosisme.	Métrite hémorrag.	Nymphomanie.	—
45	—	Métrite simple.	—	—
50	Ménopause.	Métrite hémorrag.	Nymph., excit. gén.	—
50 ⁶	Pas d'antéc. connu.	Prolapsus.	Lyp. suic., mysticis.	—
50 ⁷	—	—	Mélangolie.	—
50 ⁸	—	—	Mélangolie grave.	—

¹ Quand dans ces observations la mention H (hérédité) ne sera pas faite, c'est que, bien que recherchée, par les auteurs. elle n'existait pas.

² Observations prises dans Azam, *loc. cit.*

³ D'après de Fourcauld *loc. cit.*

⁴ D'après Belhomme, *loc. cit.*

⁵ D'après Lisfranc, *loc. cit.*

⁶ D'après Martineau, *loc. cit.*

⁷ Diaprès Baillarger, *loc. cit.*

⁸ Schreder van der Kolk. Deux autres cas sont cités par Flemming et un par Maudsley (*Pathologie de l'Esprit*).

A cette série de 40 observations, nous pourrions ajouter celles que rapporte Mairét¹, au nombre de 15 environ. Nous aurons, du reste, l'occasion d'en résumer quelques-unes.

En jetant sur ce tableau un coup d'œil d'ensemble, nous pouvons en tirer les conclusions suivantes :

1° La profession (passée sous silence à dessein) n'a pas d'influence bien marquée ;

2° La majorité des malades étaient relativement jeunes, de vingt-cinq à quarante ans ;

3° Par ordre de fréquence des lésions utérines, on trouve :

Ulcérations et granulations ;

Catarrhe utérin ;

Déplacements.

4° Les formes d'aliénation sont :

Lypémanie simple ;

Lypémanie, suicide ou homicide ;

Hallucinations, démonopathie ;

Érotomanie, nymphomanie ;

Délire général.

¹ Mairét, *loc. cit.*

CHAPITRE IV

Influence des Métrites sur le Délire.

Nous venons de voir que les troubles psychiques chez les aliénées atteintes de métrites ou de déplacements utérins tendent à se grouper autour d'un certain nombre de formes d'aliénation mentale.

Cependant ces formes, si diverses qu'elles paraissent, ne sont pas aussi étrangères les unes aux autres qu'on pourrait le croire. Toutes les descriptions établies pour la facilité des descriptions ne se retrouvent aussi distinctes que dans les traités. En clinique, c'est tout autre chose. Une malade qui, à un moment donné, est franchement lypémanique peut, quelque temps après, devenir hallucinée ou persécutée, de même que, sous une influence quelconque, peut éclater un accès de manie.

Aussi, sans nous attarder à toutes ces formes de psychoses que l'on peut trouver chez les aliénées atteintes d'affections utérines, envisagerons-nous seulement l'influence de ces mêmes lésions sur le délire.

Ce qui nous frappe tout d'abord, c'est que de telles malades sont surtout des mélancoliques.

Il est d'observation courante qu'une affection organique quelconque, même la plus légère, porte le patient à la tristesse. « Les troubles d'un organe intime, écrit Maudsley¹, déterminent chez tout le monde des modifications du mode de l'esprit, plus grandes chez les uns, moindres chez les autres. »

Que cette propension à la tristesse s'accroisse, surtout si le malade se préoccupe de son affection, et le voilà neurasthénique.

De la neurasthénie à la mélancolie il n'y a qu'un pas, ou plutôt qu'une affaire de degré. Il est bien difficile de dire où s'arrête l'une et où commence l'autre. Dans sa thèse inaugurale, le Dr Fr. Boissier² établit la similitude de ces deux affections. Elles reconnaissent les mêmes causes, sont susceptibles de la même pathogénie, présentent les mêmes symptômes. Elles se succèdent souvent chez le même individu, enfin le traitement est identique.

En somme, dans la plupart des cas qualifiés de neurasthénie grave par certains auteurs, il est impossible de dire si l'on ne se trouve pas en présence de mélancolie déjà bien confirmée.

Et cela est si vrai que certains de ces pseudo-neurasthéniques terminent par le suicide.

Eh bien ! quoi d'étonnant qu'une femme, déjà nerveuse et portée à la tristesse, tombe dans la mélancolie dès

¹ Maudsley, *Pathologie de l'esprit*, p. 228.

² Dr F. Boissier, *De la neurasthénie et de la mélancolie dépressives*, thèse, Paris, 1892.

qu'une affection utérine se déclare? « Les affections de l'utérus et de ses annexes, ajoute Maudsley, nous donnent des exemples remarquables d'une action sympathique puissante sur le cerveau, et assez souvent elles jouent un rôle important dans la production de la folie et surtout de la mélancolie.

Mais toutes les mélancoliques sont loin de se ressembler et de se rattacher au même type clinique.

Il en est qui possèdent encore toute leur raison et ne délirent pas. Et cependant elles sont en proie à un vif sentiment de tristesse, d'inquiétude, qui peut même aller jusqu'à l'anxiété. C'est une véritable langueur, un dégoût de tout ce qui se passe autour d'elles ; les personnes qui leur étaient le plus cher leur deviennent indifférentes : rien ne peut les sortir de leur tristesse. Au contraire, elles voient tout en noir, pleurent à chaque instant pour les motifs les plus futiles, souvent sans sujet aucun. Cherche-t-on à pénétrer la cause de leur tristesse : « Je ne sais ce que j'ai, répondent-elles, mais je suis si triste ! » En un mot, c'est le *tædium vitæ*, le *spleen*. Tout cela se traduit au dehors par une apathie plus ou moins forte, un facies particulier qui porte avec lui le diagnostic de l'affection, une crainte de ses semblables.

OBSERVATION I

(Résumée dans Mairé (Obs. XVI), d'après Percy-Boulton : *Metrocerebral disease, in The Obstetrical Journal*, février 1875.)

S. J., trente-neuf ans. Antécédents inconnus. Mariée à vingt et un ans. Bien réglée ordinairement. La malade a toujours eu un caractère un peu porté à la tristesse.

Huit grossesses dont la dernière fut suivie de mélancolie. Dégoût de tout : objets extérieurs, distractions ; éloignement pour son mari et ses enfants. Pleure jour et nuit. Anémie.

Ulcération de l'utérus, subinvolution ; du col s'échappe une grande quantité de glaires muco purulentes.

Traitement local et tonique. Guérison totale en quatre mois.

OBSERVATION II (inédite).

Due à l'obligeance de M. le Dr Larmois.

Nervosisme puis neurasthénio-mélancolie développée et entretenue par une métrite hémorragique. — Curetage. — Guérison. — Pas d'hérédité.

Mme X..., âgée de quarante et un ans (en 1889), a toujours été d'un tempérament très nerveux. Les renseignements sur ses antécédents personnels manquent complètement. Rien de particulier dans sa famille au point de vue de l'hérédité ou de la consanguinité.

Mariée très jeune, elle a toujours joui d'une excellente santé. Elle eut trois filles, toutes bien portantes et mariées actuellement.

Depuis plusieurs années les personnes de son entourage, principalement celles qui la connaissaient peu, étaient frappées par ses allures étranges qui pouvaient induire en erreur sur son compte. Mais au fond rien ne pouvait lui être reproché.

Divers médecins consultés prescrivirent à différentes reprises contre son nervosisme le bromure, la valériane, l'hydrothérapie, etc., mais sans succès.

D'aucuns l'engagèrent à faire (en 1884) des cures d'air à hautes altitudes. Ce dernier traitement lui fut facile par suite de son voisinage des Alpes. Le résultat ne fut pas plus satisfaisant.

A cette époque, entre autres phénomènes nerveux, Mme X... éprouvait le besoin incessant de changer de place. A cet effet elle faisait de fréquentes fugues, aussi subites que peu soupçonnées de son entourage.

Brusquement elle partait de chez elle, sans prévenir personne, même son mari qui, connaissant l'état nerveux de sa femme, était toujours très inquiet.

Elle se rendait alors à une ferme isolée qu'elle possédait dans les Alpes à quelques lieues de la petite ville qu'elle habitait. Elle y demeurait quelque temps, dénuée de tout, n'ayant qu'une nourriture grossière, parfois même très insuffisante. Quand elle en revenait, elle était toujours très fortement déprimée.

Tantôt elle partait, toujours aussi brusquement, pour se rendre à Genève ou à Lyon, sous un prétexte quelconque, mais en réalité pour se faire soigner. C'est dans une de ces fugues qu'il fut donné au D^r Lannois, qu'elle connaissait depuis longtemps, de l'examiner.

Pendant cette fugue, la malade était partie avec l'intention d'aller visiter une de ses amies ; mais en route, sans motif, elle revient brusquement sur ses pas et gagne Lyon.

Elle se plaignait alors, outre le besoin incessant de mouvement, d'une lassitude extrême, survenant par périodes assez rapprochées, de la nécessité où elle était de manger sans cesse, toutes les heures environ, aussi bien la nuit que le jour, sous peine d'avoir des lipothymies.

L'examen somatique ne révéla aucune lésion sérieuse, sauf des métrorragies sur lesquelles la malade attirait l'attention. Elles augmentaient de fréquence et d'abondance au moment des règles.

L'examen local de l'utérus ne fut pas fait.

Le mari fut alors avisé de l'état mental de M^{me} X... et le conseil donné de l'isoler.

Quelques mois après, l'état de la malade avait empiré, les fugues se rapprochaient. Dans l'une d'elles, la malade alla à Genève consulter un spécialiste. Celui-ci proposa un curetage qui fut accepté.

Depuis cette époque les lettres du mari annoncent que M^{me} X... est entièrement rétablie, les troubles psychiques ont disparu. Actuellement la guérison s'est maintenue.

Voilà donc une malade atteinte de métrite et qui, par suite de prédisposition nerveuse, fit de la mélancolie. La

guérison de l'affection locale entraîna celle de la psychose. Si le traitement chirurgical n'avait pas eu lieu, il est bien probable que M^{me} X*** eût fini ses jours dans une maison de santé.

Nous attirons tout particulièrement l'attention sur cette observation. De telles malades sont assez nombreuses dans la clientèle, car leur état encore peu sérieux ne demande pas l'internement ; dans les asiles, au contraire, on rencontre surtout les formes graves ou anciennes.

OBSERVATION III (inédite).

*Trente-quatre ans, 3 grossesses ; anémie ; métrite ; mélancolie.
Amélioration par le traitement de la métrite.*

R. veuve V..., trente-quatre ans, cultivatrice à Lentilly (Rhône).

A. H..., père encore vivant et bien portant ; sa mère est morte d'une affection pulmonaire mal déterminée. Aucune hérédité.

A. P. Peu chargés. Elle n'aurait eu qu'une gastralgie pour laquelle elle fut soignée il y a quelque temps à la Croix-Rousse.

Trois grossesses à terme ; enfants vivants et bien portants.

Pas de renseignements sur le début de l'affection et les causes présumées. Entrée à l'asile le 27 décembre 1893.

La physionomie de la malade est typique : les sourcils sont froncés, la tête inclinée, le regard fixe et triste : tout en elle exprime une profonde mélancolie.

Indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle, aucun bruit extérieur ne peut la tirer de sa torpeur. Elle ne répond rien à ses interrogateurs, et paraît même ne pas entendre. Si elle se décide à parler, c'est avec indifférence et dédain, presque toujours par des monosyllabes.

De plus, elle se plaint d'être « tourmentée ». Elle a des frayeurs aussi bien diurnes que nocturnes. Pas d'hallucinations vraies de la vue ou de l'ouïe. Insomnie.

La journée elle reste apathique, ou s'occupe à faire de petits paquets avec tous les objets qui lui tombent sous la main.

Elle est tranquille et nullement agitée, ne parle à personne. Dans la cour, elle se met fréquemment à genoux, comme pour implorer son pardon, « se croyant cause de tous les malheurs qui arrivent ».

L'état physique est assez bon : appétit normal et régulier, digestions excellentes. Constipation ordinaire ; elle passe souvent trois ou quatre jours sans aller à la selle, ce qui « lui donne des douleurs dans les reins et de la lourdeur dans la tête ».

Rien au cœur, ni au foie, ni à l'estomac ; les poumons sont sains. Cependant elle accuse une douleur sous-mammaire gauche.

Elle fut soignée quelque temps pour de l'anémie. Les muqueuses sont encore un peu décolorées.

Menstruation normale et régulière actuellement ; autrefois elle eut de la dysménorrhée.

Urines normales.

Pertes blanches abondantes depuis deux ans, après son deuxième accouchement. Ces pertes tachent légèrement le linge. Douleurs lombaires et fréquentes céphalées siégeant au front et à l'occiput.

Au toucher, utérus ni douloureux ni hypertrophié ; le col est élastique, les culs-de-sac libres.

Au spéculum, il sort du col du pus jaunâtre, devenant très abondant par la pression sur le bas ventre.

Injections antiseptiques à 45-50 degrés.

25 janvier 1894. — Les douleurs lombaires ont diminué, les pertes sont moins abondantes ; la lèvre antérieure du col est plus molle que la postérieure.

5 février. — Plus de pertes.

1^{er} mars. — La malade va beaucoup mieux ; le facies est moins triste ; elle commence à travailler.

25 mars. — L'état physique et mental s'est encore amélioré : presque plus de tristesse, plus de terreurs. Les pertes n'ont pas reparu.

10 mai. — Amélioration progressive ; encore un peu de timidité, de gaucherie. Elle sort réclamée par son mari et en voie de guéri-

son. Elle n'est pas revenue à l'asile et peut être considérée comme guérie.

Chez d'autres malades, l'état empire peu à peu, le caractère s'aigrit rapidement. Elles se trouvent alors malheureuses au dernier degré et n'ont plus qu'une idée : en finir avec la vie le plus tôt possible. C'est le seul moyen pour elles d'échapper à tous ces ennuis. Le genre de mort choisi est très variable : pendaison, submersion, asphyxie, etc., tout est bon ; souvent tous les moyens sont tentés inutilement les uns après les autres ; à bout de ressources, les malades refusent alors toute nourriture.

Quelques-unes ne sont malheureuses que parce qu'elles s'imaginent qu'on leur veut toutes espèces de maux et qu'on cherche à leur nuire. Ce sont des persécutées qui essaient de se venger sur les personnes qu'elles croient les auteurs de leurs misères, ou sur la première venue à la suite d'une impulsion agressive.

Chez un bon nombre de femmes atteintes d'une affection utérine, il existe des sensations malades qui relèvent de la lésion locale. Chez l'aliénée, qui n'a plus la faculté de diriger sa raison ou qui la dirige mal, ces sensations subjectives retentissent sur les centres et sont faussement interprétées. De là les hallucinations.

Au début, ces hallucinations peuvent être purement génitales. Ce qui prédomine, c'est une tendance à l'érotisme. Nous voyons alors des malades, qui jusque-là avaient été très réservées dans leurs paroles et leurs actes, devenir d'une obscénité de langage révoltante. Cette attitude est d'autant plus frappante qu'elle est en complet désaccord avec l'éducation qu'elles ont reçue, avec leurs

principes, leurs habitudes et leur genre de vie antérieurs. Des mères de famille, jusqu'alors au-dessus de tout soupçon, se livrent subitement à la dernière débauche sans que rien ne puisse les arrêter; ce sont des gestes lascifs et érotiques, des actes obscènes, des conversations dont les termes nous écœurent. Quelques-unes même se livrent à l'onanisme avec la dernière fureur.

OBSERVATION IV (d'après Lisfranc).

M^{me}..., quarante-cinq ans, veuve, et de forte constitution, a toujours été très froide. A cette époque, arrêt très brusque des règles. Apparaissent alors des accès de colère et de la nymphomanie.

Au toucher, hypertrophie du col, ramollissement de la muqueuse, douleur. Au spéculum : érosion. Traitement approprié.

Quatre mois après, guérison totale. La malade est triste et honteuse de sa passion qu'elle ne peut ni comprendre, ni expliquer; elle lui paraît un songe.

OBSERVATION V (I. de Mairet).

Jeanne B., vingt-sept ans, mariée. Hérité faible; trois accouchements et lactations; causes morales.

Manie aiguë, agitation, mégalomanie, idées de persécution, hallucinations auditives, érotisme très accentué.

Dysménorrhée, douleurs locales et lombaires, leucorrhée.

Métrite granuleuse du col, muco-pus abondant. Traitement; L'érotisme disparaît, puis apparaît avec une nouvelle poussée de métrite; enfin, guérison totale somatique et psychique.

OBSERVATION VI (inédite).

Elisa D., âgée de trente-trois ans sans profession, célibataire, entrée à l'asile de Bron, le 31 mars 1881

Aucun détail sur les antécédents héréditaires ou personnels.

A l'entrée, attitude particulière : la tête baissée, penchée à gauche et le plus souvent cachée par un vêtement, tel que tablier, jupe, etc., les yeux à peu près fermés, la physionomie immobile. Les mains sont croisées sur le ventre.

Quand on l'appelle un peu fort, elle lève la tête, ouvre les yeux et sourit pour reprendre immédiatement l'attitude primitive. L'interroge-t-on : « Je ne veux rien vous dire, répond-elle, je ne vis pas aux dépens des autres. »

Elle parle parfois avec volubilité, ce qui la rend très difficile à comprendre.

On est obligé de tout lui faire faire, la mettre à table, etc. Cependant elle mange seule.

De temps en temps elle s'agite, surtout à l'approche des époques menstruelles. En temps ordinaire elle parle seule, s'adresse à des personnes imaginaires et soutient une conversation avec elles. Elle cause de préférence la nuit, pendant laquelle elle ne dort jamais. Sans cesse elle embrasse le mur, croyant tenir son amant entre ses bras. Gestes érotiques.

Pas de troubles moteurs ni sensitifs.

Quand on vient la voir, elle garde sa tristesse, et refuse de manger les friandises qu'on lui apporte.

Etat physique passable.

Règles régulières.

Cet état persista neuf ans, pendant lesquels on ne remarqua aucune amélioration dans l'état psychique : les hallucinations sont toujours les mêmes, ainsi que l'habitus extérieur.

Cependant elle n'a pas d'insomnie.

Cet érotisme fait porter l'attention du côté des organes génitaux; l'examen est difficile, la malade proteste vivement. Pas de vagi-

nisme. Rétroversion utérine ; bride cicatricielle dans le cul-de-sac droit.

Le col est lisse et aplati transversalement.

Au spéculum, ulcération légère et granulations.

Actuellement, malgré un traitement, difficile il est vrai, l'état ne s'est pas amélioré.

Chez cette malade, il est difficile de saisir la filière nerveuse à cause du peu de renseignements et du refus absolu de parler. On ne peut donc tirer de conclusion sérieuse, sinon que la lésion génitale a imprimé au délire une direction particulière. L'état mental est trop atteint pour être amélioré même après la guérison de la métrite granuleuse qui est certainement de très ancienne date.

D'autres malades s'imaginent être enceintes, décrivent leurs sensations, comptent les jours qui les séparent du terme et préparent tout pour leur accouchement prochain.

Un bon nombre, persécutées et hallucinées à la fois, réalisent le type de ces fameuses *possédées* du moyen âge. Le démon est leur mari ; elles vivent avec lui, n'agissent que d'après ses ordres, engagent avec lui des conversations interminables.

Quelques-unes de ces malheureuses sont devenues sa victime : elles sont damnées d'avance, le diable est là à côté d'elles ou sous leur lit qui leur cause mille maux. Elles le voient, sentent son odeur de soufre brûlé ; elles le repoussent, luttent avec lui ; mais il s'accroche à leurs vêtements, monte sur leur dos, les frappe ; parfois il est dans leur corps et y a pénétré par les organes génitaux. Essayons de détromper ces pauvres hallucinées : peine perdue ; un linge blanc, un mur, une ombre, tout est démon pour elles.

OBSERVATION VII (VIII de Mairét, d'après Azam).

J. M..., vingt-sept ans, nerveuse et hystérique, sans hérédité. Mariée deux fois; son premier mari ivrogne la maltraitait. Deux grossesses, ennuis domestiques.

Quelques troubles psychiques vagues. En même temps ulcération et hypertrophie du col. Aménorrhée, douleurs lombaires et abdominales.

Rapidement, augmentation des troubles mentaux, délire; démonopathie accentuée : le diable est en elle, la pousse à se tuer; elle le voit, l'entend. Lypémanie-suicide.

Guérison de la démonopathie par le traitement de la lésion utérine.

OBSERVATION VIII (XXXIV de Mairét).

Marie C..., trente-six ans. Accouchement, lésions utérines (engorgement antéversion et ulcération de la lèvre inférieure), antérieures à l'aliénation

Lypémanie avancée; se croit possédée du démon qui la pousse à mal faire.

Traitement de la lésion locale. Sa guérison entraîne celle des idées démoniaques; la mélancolie persiste.

OBSERVATION IX (XXV de Mairét).

Trente-neuf ans sans hérédité; nervosisme.

Douleurs dans le bas-ventre, puis sensation de serpent.

Réflexion utérine.

Guérison de l'idée délirante par un pessaire.

Celles-là, sans être hantées par cette démonopathie, sont devenues la victime de personnes qu'elles ont connues jadis, ou la proie de bêtes immondes qui dévorent leur corps. Ce sont des rats, des serpents, des hiboux qui leur rongent le rectum, les intestins, la matrice surtout.

OBSERVATION X (inérite).

J. S., vingt-six ans, domestique. Entrée à l'asile le 6 décembre 1892.

Père bien portant, soixante ans; mère morte de l'influenza en 1890, deux frères et deux sœurs bien portants. Jamais d'aliéné ni de nerveux dans la famille.

Pas d'affection antérieure connue d'elle, sauf une bronchite pour laquelle elle fut soignée à la Croix-Rousse.

Il y a cinq mois la malade a accouché, puis nourri dix jours. Un abcès du sein interrompit l'allaitement.

Les troubles psychiques ont débuté il y a quinze jours.

La malade répond assez bien aux questions qu'on lui pose. Elle raconte qu'elle a été victime des religieuses de l'Antiquaille qui l'ont persécutée, battue et tuée; elle est restée morte plus de douze heures. Elles se sont amusées d'elles, lui ont abîmé la matrice. La nuit elles la laissaient tranquille mais frappaient contre les murs pour lui faire peur et l'empêcher de dormir.

Elles l'injurient, l'appellent « fille de curé », prétendent qu'elle leur a pris leur aumônier, etc., etc.

Plusieurs fois elles ont tenté de l'empoisonner avec de la ciguë, mais elle a su déjouer leurs projets.

L'état physique est passable. Céphalées et insomnies. Douleurs dans le bas-ventre, s'irradient dans les lombes. Leucorrhée.

A l'examen : utérus mobile, ulcération de la lèvre antérieure. Traitement local.

Urines : ni sucre, ni albumine.

21 décembre. — Les pertes ont disparu.

Les hallucinations persistent. « Des messieurs pénètrent la nuit dans ma chambre, s'introduisent dans mon lit et me font subir des outrages. »

Janvier 1893. — Apparition d'une plaque muqueuse à la commissure buccale droite; sur le cou, syphilis pigmentaire. Céphalées nocturnes. Traitement spécifique.

La nuit, l'excitation est toujours très vive; elle entend frapper

à la porte de la chambre qu'elle occupe, reconnaît la voix de l'aumônier de l'Antiquaille qui lui demande à entrer, etc.

En racontant ces faits et d'autres sur lesquels nous n'insisterons pas, elle pleure. On la fait alors passer aux agitées.

Pour la première fois, depuis son entrée, les règles ont apparu très abondantes.

5 mars 1894. — La malade va tout à fait bien; elle raconte qu'elle sortait de l'Antiquaille quand on l'a amenée à Bron.

NOTA. — Nous ne citons cette observation qu'à cause de la forme particulière du délire; au point de vue étiologique elle perd bien de sa valeur par suite de la coexistence de la syphilis.

Telles sont quelques-unes des hallucinations que peuvent éprouver ces malheureuses. Localisées d'abord à la sphère^{te} génitale, elles peuvent plus tard s'étendre à d'autres parties du corps, en particulier aux organes des sens : ouïe, goût, vue, heureux encore quand la sphère de la sensibilité générale n'est pas atteinte ! C'est alors qu'on voit ces pauvres victimes être rouées de coups, endurer des souffrances physiques et morales qui, pour être fausses, n'en sont pas moins pénibles pour celles qui croient les éprouver. Et l'on conçoit très bien que dans un tel état d'esprit ces martyres cherchent à échapper par la mort à une vie qui n'est qu'un long supplice.

Signalons enfin chez d'autres malades une forme particulière du délire; nous voulons parler de la folie religieuse et du mysticisme.

Il nous est facile de voir par ces quelques observations que sous l'influence d'une affection utérine, le délire a une tendance toute particulière à se systématiser. Les considérations qui les accompagnent sont toutes du domaine de la clinique, ce sont les propres termes dont se servent les

malades. Chez elles, les sensations se dévoient ; en un mot, l'affection somatique imprime au délire une direction particulière, en même temps que les sensations se matérialisent, prennent un corps. De plus, comme le délire est lié, au moins dans sa forme, à l'affection locale, il persistera autant qu'elle : la lésion l'entretient.

CHAPITRE V

La Métrite peut-elle être cause d'aliénation ?

Il est maintenant une question qui se pose tout naturellement à l'esprit : ces mêmes affections locales peuvent-elles, à elles seules, déterminer l'éclosion d'une psychose ?

D'aucuns, et ils sont nombreux, nous l'avons vu, répondent par l'affirmative.

La métrite, cette lésion en somme banale, tant elle est fréquente, ne semble pas de prime abord pouvoir jouer un rôle aussi néfaste.

Que de femmes, atteintes de lésions génitales depuis très longtemps, ne s'en sont jamais doutées ! La métrite est alors passée inaperçue. Et cela par suite de la faible intensité des symptômes. Les douleurs sont nulles, ou à peu près ; l'écoulement insignifiant se mêle aux sécrétions vaginales normales, les règles sont à peu près normales ; souvent il n'existe que de la constipation, à laquelle les femmes attachent si peu d'importance : tout en somme est très atténué.

Chez d'autres, au contraire, bien que les signes de l'affection locale soient manifestes, on trouve une telle insouciance de la santé et une si faible auto-observation que ces malades ne se plaindront jamais. Sont dans ce cas surtout les femmes de la campagne chez qui les préjugés n'égalent que l'insouciance.

Enfin, chez la plupart, l'existence de la métrite ne peut échapper à l'observation.

Parmi les signes locaux, on trouve des douleurs plus ou moins vives, continues et intermittentes, localisées dans le bas-ventre, ou irradiées en divers sens, principalement dans les lombes, la zone du sciatique ou du crural.

Comme signes fonctionnels, on trouve des désordres menstruels : dysménorrhée, aménorrhée, leucorrhée, métrorragies. Parfois existent des troubles de la miction et de la défécation, en particulier une constipation opiniâtre.

Les signes généraux organiques sont variables. Souvent nuls, on peut aussi voir apparaître des troubles digestifs, circulatoires, respiratoires et surtout nerveux. On a signalé la chlorose, l'anémie, des névralgies, paralysies, hémiplegies, etc. En général on observe du changement de caractère, de l'insomnie, de l'agacement continu et parfois des modifications de la sensibilité.

Bientôt, suivant une gradation toute naturelle, les malades tombent dans la tristesse, puis surviennent de l'excitation locale, des hallucinations, de la mélancolie, des délires, en un mot des psychoses.

Mais faut-il faire relever tous ces troubles mentaux d'une affection aussi locale que le sont les maladies utérines ?

Parcourons les diverses observations signalées dans le

cours de ce travail. D'après leurs auteurs l'affection génitale est la cause présumée des troubles psychiques, cela ne fait aucun doute.

Cependant dans chacune d'elles nous pouvons relever d'autres facteurs étiologiques importants.

Tantôt on trouve de l'hérédité, tantôt des grossesses antérieures, ou des avortements et des lactations répétées, souvent du nervosisme et autres manifestations générales d'éréthisme nerveux. Ici c'est l'anémie qui semble venir compliquer et qui, au fond, prédispose la malade ; là, ce sont des chagrins domestiques ou intimes ; ailleurs une émotion morale vive.

Nous voyons donc poindre, si nous voulons bien nous donner la peine de chercher et de voir, une foule de causes essentiellement prédisposantes, qu'un esprit prévenu pourrait rejeter au deuxième plan, et qui jouent évidemment un rôle important.

L'hérédité est la principale cause d'aliénation, « la cause des causes », selon l'expression de Trélat. Aussi, doit-on la prendre en haute considération. Chaque fois que dans une famille on aura rencontré un aliéné, on pourra toujours redouter qu'un de ses descendants le devienne à son tour.

Les grossesses, surtout si elles sont répétées, pénibles et suivies d'une période d'intoxication puerpérale, avec délire ou éclampsie, laisseront dans les cellules nerveuses un ébranlement maladif capable de se réveiller un jour.

Les avortements, les lactations, la chlorose et l'anémie, en donnant au système nerveux un certain degré d'hyperexcitabilité, le mettront également dans un état d'infériorité marquée.

Tout état nerveux antérieur : hystérie, éclampsie, convulsions, délire des fièvres graves, etc., agissent dans le même sens. En un mot, nous trouvons dans un grand nombre d'états pathologiques, une idiosyncrasie qui nous donne la clef d'une certaine quantité d'états morbides.

Toutes les causes morales : émotions vives, chagrins, soucis, préoccupations domestiques, exercent en outre une influence dépressive des plus néfastes.

A tout cela il faut ajouter au premier chef le mode d'éducation de la femme et sa constitution propre.

Dans nos grandes villes, « la vie mondaine, fiévreuse et tourbillonnante », avec ses bals, réceptions, soirées, théâtres, ne laisse aucun répit au système nerveux. Celui-ci, passant sans repos de l'une à l'autre de ces soi-disant distractions, finit par se lasser et crier grâce.

Certaines femmes qui n'ont pas à craindre cette funeste action, mais veulent se créer une position qui n'est ni de leur rang ni de leur sexe, n'échappent pas au surmenage intellectuel.

Enfin, signalons l'influence du milieu et la position sociale où se trouvent les femmes que nous envisageons.

Nous n'insisterons pas sur la constitution propre de la femme. Tout le monde s'accorde pour dire qu'elle possède au plus haut degré une exquise sensibilité. Aussi, « faite toute de nerfs », sera-t-elle plus surexcitable que l'homme, et partant plus portée à réagir d'une façon nerveuse.

Et l'on s'étonne après cela que les femmes de notre siècle, déjà névrosé lui-même, soient des sensitives délicates qu'un rien dérange et jette dans la folie ! « Elles ont toutes, écrit Icard, à des degrés divers, un germe de

prédisposition, n'auraient-elles que celui qu'elles tiennent de leur nature même et qui rend leur système nerveux beaucoup plus vulnérable que celui du sexe fort. Elles sont nombreuses celles qui, à leur insu et sans que personne ne s'en doute, ont élu domicile sur les frontières de la folie, « cette région, ajoute Ball, que l'on croit habituellement déserte et qui renferme non pas 600.000, mais plusieurs millions d'habitants. »

Aussi constate-t-on dans les asiles une plus forte proportion de femmes. Et nombreuses aussi sont celles qui, atteintes de psychoses, vivent encore de la vie commune.

Une simple goutte d'eau fait déborder un vase déjà plein ; mille affections peuvent jouer ce rôle de goutte d'eau chez une femme qui n'attend que l'occasion de tomber dans une psychose. Incontestablement une lésion utérine, dont le retentissement est si grand sur le système nerveux, met le comble à la mesure.

Rien n'est plus faux que cette proposition, émise cependant par un psychiatre : « Nous sommes tous égaux devant la folie. » Non, il n'est peut-être pas dix personnes, pas cinq qui aient les mêmes prétentions à cette triste éventualité : l'aliénation. A lésions égales, l'une restera saine d'esprit, tandis que l'autre succombera. Cela dépend d'une multitude de raisons, dont la plus insignifiante, en apparence, a souvent un poids énorme dans la balance.

Nous admettons donc, avec bon nombre d'auteurs, que les affections utérines peuvent, à un moment donné, occasionner des psychoses. Mais elles n'agissent pas seules ; il leur faut un terrain non seulement prédisposé,

puisque toutes les femmes le sont plus ou moins, mais presque déjà atteint.

Heureusement les cas où un tel rapport peut être affirmé sont très rares : peu d'observations sont bien nettes à ce sujet. Notre observation III s'en rapproche; on ne peut qu'invoquer les trois grossesses comme cause prédisposante. Dans tous les cas, il est certain que les métrites peuvent avoir une certaine influence sur le délire quand elles n'agissent pas à titre de causes occasionnelles.

CHAPITRE VI

Marche. Pronostic.

Tout naturellement nous sommes amenés à admettre *a priori* qu'une affection mentale, déterminée ou entretenue par une affection utérine, suivra une marche parallèle à celle-ci. C'est, en effet, ce qui se passe la plupart du temps.

Une métrite qui s'installe chez une prédisposée ne tarde pas à plonger la patiente dans la tristesse et la mélancolie. Le début est lent, caché, rarement brusque et à grand fracas.

Une fois constitué, l'accès psychique persiste autant que dure la métrite. Cette durée peut être très longue si l'attention du médecin n'est pas attirée du côté des organes génitaux (obs. VI).

Vient-on à traiter la cause et à l'améliorer, l'effet suit la même marche et subit le contre-coup du traitement local (obs. II). D'abord disparaissent progressivement les tendances qu'a le délire à se systématiser ; les démoniaques,

par exemple, perdent leurs idées de possession (obs. VII, VIII), nient avoir eu des conversations avec le diable, ou, si elles en ont gardé souvenir, elles reconnaissent leur erreur ; les érotiques se calment : paroles, gestes et actes, tout cesse. Elles réclament pardon et indulgence.

« J'étais folle alors, je ne savais ni ce que je disais, ni ce que je faisais ; mais maintenant je suis guérie. » (Obs. IV). Non, elles ne le sont pas encore, mais seulement en voie de l'être. Il leur reste, en effet, pendant encore longtemps un fond de mélancolie générale qui, lui-même, tend progressivement à disparaître (obs. VII, VIII).

Survient-il une nouvelle poussée locale, soit à l'occasion des règles, soit sous l'effet d'une suspension prématurée du traitement, les troubles psychiques reparaissent tels qu'ils étaient auparavant (obs. V).

Il est à noter que, même dans les cas de tendance à la guérison, chaque période menstruelle amène une recrudescence des symptômes (obs. VI) ; et cette augmentation dure aussi longtemps que le flux menstruel pour disparaître avec lui.

De nouveaux soins sont alors nécessaires pour calmer un système nerveux qui, à chaque accès, devient plus irrité et plus irritable, tendant ainsi à l'incurabilité.

Dans les cas heureux, métrite et psychose finissent par s'atténuer et le jour vient où la malade peut être rendue à sa famille et à ses occupations (obs. III).

Mais de telles malades restent des prédisposées par-dessus tout, d'autant plus qu'un accès en appelle d'autres.

Parfois, un premier accès n'était pas encore guéri qu'il en survient un autre. On pourrait l'appeler *subintrant*. Cette forme est presque toujours de triste augure ; il

marque une non-résistance du système nerveux et une tendance de la psychose à s'établir d'une façon permanente.

Le délire peut également devenir chronique, soit d'emblée, à la suite d'un premier accès, alors que la cause méconnue et non traitée continue à agir, soit à la suite d'accès répétés et de plus en plus rapprochés.

Il est trop tard alors pour agir sur l'affection locale, d'autant plus qu'à celle-ci il n'y aurait que peu de remède. A plus forte raison, ne pourrait-on pas modifier la psychose (obs. VI et plus loin XI).

Enfin dans certains cas, la ménopause peut exercer une salubre influence et déterminer une diminution des troubles psychiques. La disparition physiologique des règles agit d'une part en supprimant la congestion génitale mensuelle ; d'autre part, à cet âge, il y a une tendance générale à la sclérose. Si celle-ci peut être lente à se faire dans le reste de l'organisme, il n'en est pas de même pour les organes génitaux, qui marchent rapidement à l'atrophie dès qu'ils ne fonctionnent plus.

Consécutivement le retentissement de l'utérus sur le système nerveux sera très amoindri et finira par disparaître bientôt.

Il est vrai que dans la plupart des cas, la ménopause n'a pas une aussi heureuse influence, par suite de la prédisposition qu'elle offre elle-même à déterminer des troubles psychiques.

Il importe donc au plus haut degré pour le psychiatre de découvrir de bonne heure la cause. On ne devra donc pas, comme on le fait si souvent, négliger l'examen des organes génitaux chez les aliénées. Cet examen, il est vrai

n'est pas toujours facile, mais on devra néanmoins le tenter quand on se trouvera en présence d'une mélancolique à tendances érotiques ou nymphomaniaques, d'une démonopathique et que l'on relèvera chez elle le moindre indice d'affection utérine.

Dans quelques cas même on serait autorisé à employer l'anesthésie afin de poser un diagnostic causal ferme.

Quant au traitement il devra être institué dans toute sa rigueur contre les deux affections simultanément. Ce n'est qu'à cette double condition que l'on aura quelque chance de guérison radicale. Si le système nerveux est déjà trop atteint pour espérer la guérison, on sera toujours en droit d'attendre quelque amélioration.

CHAPITRE VII

Pathogénie.

Avant de terminer cette esquisse rapide et forcément incomplète, il y a lieu de se demander comment des affections aussi localisées que le sont les maladies utérines peuvent provoquer un trouble mental aussi grave.

Diverses explications ont été proposées par nos prédécesseurs.

Les uns veulent voir dans cette action la sympathie ; les autres invoquent l'influence de l'imagination ; d'autre enfin incriminent l'intoxication.

Qu'est-ce que la sympathie ? Avec l'antiquité (*συμπαθεια*) on peut y voir le retentissement à distance d'un organe sur un autre ; « un cri de douleur poussé par un organe autre que celui qui souffre. »

L'organisme humain forme un tout bien harmonisé à l'état normal ; chaque viscère, tout en fonctionnant à part et indépendamment des autres, concourt à cette économie générale. Rappelons comme exemple la fable de La Fontaine : *Les membres et l'estomac*.

Que l'un de ces organes vienne à faiblir, le corps entier s'en ressent, et plus les relations entre deux organes sont intimes, plus le retentissement général est considérable.

C'est précisément ce qui se passe pour l'utérus. Les anatomistes nous le montrent comme excessivement riche en filets nerveux, du domaine du sympathique. Celui-ci est en rapports intimes avec le système cérébro-spinal et les centres. En dernière ligne c'est au *ensorium commune* que viennent aboutir toutes les sensations de l'économie.

Chaque organe malade peut alors retentir sur lui d'une façon particulière et la pensée prendre une direction en rapport avec cette action. Ne voyons-nous pas par exemple les malades atteints d'affections pulmonaires devenir tendres, affectifs ; ceux souffrant de l'estomac être moroses, tristes, peu sociables ?

Même chose se passe pour l'appareil génital, à un degré plus avancé peut-être. « Nulle part, dit Ball¹, il n'existe dans l'économie une sympathie plus intime que celle qui relie aux centres nerveux les organes de la reproduction, et tel est leur empire sur les manifestations de la vie intellectuelle qu'on pourrait sous ce rapport partager l'existence humaine en trois grandes périodes : avant, pendant et après les fonctions génitales. »

Cette théorie de la sympathie n'est autre que celle de l'antiquité. De nos jours elle est encore admise. Mais ne pourrait-on pas, avec M. le professeur Pierret, substituer à ce vieux mot de sympathie, un autre qui est actuellement

¹ Ball, *Leçons sur les maladies mentales. Folies générales*, p. 571.

dans toutes les bouches : le réflexe ? La chose alors se comprend d'elle-même.

Si cette interprétation est claire et à peu près universellement admise, elle n'est pas toujours la seule que l'on puisse donner. Tout en reconnaissant que bien des malades ignorent de quelle affection génitale elles sont atteintes, il en est d'autres pour qui la chose ne fait aucun doute.

Ces dernières font alors leur psychose de toutes pièces, non plus par simple réflexe, mais par suite de la préoccupation constante qu'exerce leur affection locale sur leur esprit. Se sachant malades et atteintes dans un organe important, celui-ci devient l'objet de leur seule préoccupation. Elles finissent par en concevoir un ennui extrême, un souci continuel dont aucune distraction ne peut les sortir. C'est une inquiétude morale permanente qui ne tarde pas, sous l'influence de l'imagination, à troubler profondément le système nerveux, jusqu'au jour où, de simple préoccupation, cette idée fixe devient psychose.

Du même coup sont expliquées non seulement l'apparition de l'affection mentale, mais encore sa marche et sa durée, étroitement unies à la lésion causale.

OBSERVATION XI (inédite).

*Cinquante-cinq ans. — Hérité inconnue, quatre grossesses.
— Rétroflexion utérine qui agit sur le moral de la
malade. — Lypémanie. — Hallucinations. — Chronicité.*

M. femme B., cinquante-cinq ans, entrée à l'asile de Bron en janvier 1893. Aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires ni personnels. Quatre couches qui toutes furent très difficiles.

A l'entrée, l'affection dont elle est atteinte se rattacherait, dit-elle, à une maladie du ventre dont elle a toujours souffert et qui l'ennuie beaucoup. Elle est calme, abattue et découragée. « Je suis si ennuyée, dit-elle, que je crois que je suis ensorcelée. Je ne puis travailler ; dès que je l'essaie, on me crie des sottises : on m'appelle chameau. J'ai beau regarder, je ne vois personne. Tout cela me donne mal à la tête et au cœur. »

Facies pâle, terreux, à traits étirés, rappelant le facies dit utérin.

Elle raconte qu'elle a été traitée, il y a un an, à la Charité, « pour des douleurs dans le ventre qui lui donnaient mal au cœur, l'empêchaient d'uriner et d'aller à la selle et la gênaient beaucoup pour marcher ». Tous ces symptômes existaient au moins depuis dix ans.

Un pessaire la soulagea un peu.

Actuellement tous ces signes persistent : douleurs dans le bas-ventre et dans les jambes, gêne de la miction et de la défécation.

La pression abdominale inférieure et ovarienne est douloureuse ; l'appétit autrefois excellent a disparu, les digestions sont pénibles, la langue est un peu sèche.

Depuis très longtemps il existe d'abondantes pertes blanches. Au moment des règles surviennent d'abondantes métrorragies pour lesquelles la malade a souvent consulté. A leur suite est survenu un état anémique accentué avec tendances syncopales, surtout au moment des règles. En dehors des règles, pas d'hémorragies.

Au toucher : douleur surtout au niveau du col.

Le cul-de-sac antérieur est vaste et libre ; les latéraux sont également libres, bien que le gauche paraisse un peu moins profond. Le postérieur est nul : le col est appliqué contre le rectum et obture le cul-de-sac. En cherchant avec précautions à mettre l'utérus à sa place normale, ce que l'on obtient au prix de vives douleurs, on sent le col comme recroquevillé et déprimant la paroi antérieure du rectum.

Le poumon et le cœur sont sains ; rien dans les urines.

1894. — L'état persiste sans grande amélioration : la tristesse

est toujours la même ; les pleurs sont faciles, le visage immobile.

Menstruation irrégulière.

Décembre 1894. — Depuis quinze jours environ albumine dans les urines. Œdèmes. Galop au cœur.

Le tout disparaît par le régime approprié.

7 janvier 1895. — Périodes d'excitation avec larmes continues.

Avril 1895. — Catarrhe et bronchite.

Février 1896. — L'état mental n'a pas subi d'amélioration bien notable. L'état utérin est également le même.

Du reste les deux affections, psychique et génitale, sont à peu près incurables.

Enfin il est un troisième et dernier mécanisme proposé pour expliquer ce retentissement d'une affection utérine sur la cellule nerveuse. C'est l'intoxication. Ces cas ne s'appliquent qu'aux lésions inflammatoires avec formation de pus dans la cavité, stase et résorption des toxines qui vont alors agir sur les cellules nerveuses des centres.

La fréquence de cette pathogénie est assez difficile à préciser par rapport aux deux autres mécanismes. Du reste ils peuvent être plus ou moins associés chez la même malade.

Quant à savoir pourquoi, chez de telles malades, le délire tend à se systématiser et à revêtir une forme à peu près déterminée, on peut dire que l'irritation primitive, partie de l'organe utérin, est transmise aux cellules cérébrales qu'elle impressionne dans un sens précis. Cette direction est forcément régie par la lésion causale.

Par suite de la tendance qu'ont les lypémaniques à interpréter leurs sensations, normales ou pathologiques, il n'est pas étonnant de voir apparaître des hallucinations.

Celles-ci prennent de préférence une orientation génitale : c'est un canevas sur lequel elles brodent.

La congestion, inséparable de toute inflammation, amène des désirs, des besoins : d'où l'érectisme, la nymphomanie.

A tout cela, un certain nombre de malades ajoutent le besoin du surnaturel, et les voilà plongés dans la démonopathie, ou, par une réaction en sens inverse, dans la folie religieuse et le mysticisme.

En somme, dit Mathieu, « que ces lésions agissent à la façon d'un irritant permanent, ou que l'inquiétude morale ait le rôle principal dans la genèse de l'état névropathique, il n'en faut pas moins attribuer toujours une part importante à la prédisposition, au mode de réaction congénitale du système nerveux. Toutes les femmes ne sont pas égales devant les mêmes lésions, et, à lésion égale », l'une résistera alors que l'autre succombera¹.

¹ Mathieu, *Neurasthénie*.

CONCLUSIONS

Les conclusions qui découlent de notre travail ne s'éloignent guère et ne sauraient s'éloigner de celles qu'avait tirées Azam de ses recherches il y a quarante ans.

Sans les rappeler textuellement, nous les résumerons sous une autre forme.

I. Les affections utérines (métrites et déplacements surtout) sont excessivement fréquentes chez les aliénées, où elles atteignent l'énorme proportion de 1 pour 3. Ce chiffre est peut-être un peu plus fort que chez les femmes saines d'esprit.

II. Ces affections peuvent retentir sur l'état mental et déterminer de la mélancolie sous toutes ses formes, des hallucinations, génitales en particulier, du délire de la persécution, de la démonopathie, de l'érotisme et de la nymphomanie.

III. Dans ces cas, la lésion génitale imprime au délire

une direction propre et lui donne un corps, si bien que l'on peut parfois soupçonner cette lésion d'après le caractère des troubles mentaux. De plus, la métrite contribue à entretenir le délire.

IV. Exceptionnellement elles peuvent occasionner à elles seules une psychose. Mais le plus souvent elles ne peuvent être rangées que dans les causes adjuvantes chez des femmes fortement prédisposées.

V. La marche de la psychopathie ou du délire est soumise aux vicissitudes de l'affection utérine. Si celle-ci guérit, augmente ou persiste, le délire disparaît, reparaît ou devient chronique. Parfois la ménopause, en amenant la sclérose utéro-ovarienne entraîne l'atténuation des troubles psychiques. Quand l'affection générale est trop ancienne, le délire a peu de chances de se modifier.

VI. Il importe donc d'établir de bonne heure le diagnostic étiologique ferme et de diriger le traitement contre la double affection : mentale et surtout utérine.

VII. Le mécanisme par lequel on peut expliquer ce retentissement à distance se résume en trois théories :

- a) La sympathie ou réflexe;
- b) L'effet de l'imagination de la malade;
- c) L'intoxication par les toxines résorbées.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PIERRET.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
G. COMPAYRE

TABLE

Introduction.	5
Chapitre premier. — Historique.	11
Chapitre II. — Influence de l'utérus sur l'organisme. . .	18
Chapitre III. — Des métrites chez les aliénées.	23
Chapitre IV. — Influence des métrites sur le délire. . .	29
Chapitre V. — La métrite peut-elle être cause d'aliénation?	44
Chapitre VI. — Marche, Pronostic.	50
Chapitre VII. — Pathogénie.	54
Conclusions	61

